



Депресия в общата практика

Социална значимост и клинични симптоми

Проф. Вихра Миланова

Катедра по психиатрия, Медицински университет, София

Размер и значение на проблема за депресиите

Депресията е заболяване със социална значимост, с голяма честота, което предизвиква сериозно нарушение на функционирането и води до инвалидизация. Започва в сравнително млада възраст, при около 1/3 от болните има хроничен ход на протичане, чести самоубийства, придружаващи соматични заболявания, нарушени взаимоотношения, злоупотреба с алкохол и психоактивни вещества.

Почти 60% от депресивно болните в общността имат повече от 1 епизод. Всеки преживян епизод увеличава вероятността за по-скорошна поява на следващия епизод.

Около 2/3 от депресивно болните не разбират, че имат заболяване, което е лечимо. Само 50% от диагностицираните получават лечение и само 20% от болните получават адекватно лечение (Gonzales et al., 2010). В канадско изследване се установява, че 48% от болните със суицидни мисли и 24% от болните със суицидни опити не са получавали специализирана помощ (Padua et al., 2009).

В изследване на Световната банка и СЗО тежестта на заболяването е измервана с приведени години живот, прекарани в инвалидност (DALYs) (Murray and Lopez, 1996). Рекурентната депресия е на първо място като причина за инвалидизация сред десетте водещи причини (WHO, 2008). Освен това тя също е сред водещите причини за години инвалидност, допринасяща за 10.7% от тях (два пъти повече от желязодефицитната анемия), а според Murray и Lopez до 2020 г. ще стане второто заболяване, причиняващо инвалидност, непосредствено след исхемичната болест на сърцето. Смъртта при самонаранявания от болни с афективни разстройства е на второ място сред десетте водещи причини за смъртност при население на възраст 15–59 г. В развитите държави и на 6 място в държави с ниски и средни доходи.

Пожизнената честота е различна в различните изследвания и се движи между 8 и 20% (Wittchen et al., 2001). Честотата на депресивното разстройство е

2–5% от общата популация във всеки даден момент. Средната начална възраст е 27 години. Жените боледуват 2 пъти повече от мъжете. Честотата на депресията е по-голяма сред безработни и самотно живеещи. Расови, етнически различия не влияят на честотата на афективните разстройства.

Депресивните разстройства имат голяма коморбидност с тревожни разстройства и злоупотреба с психоактивни вещества. Над 30% от депресивно болните имат симптоми на тревожно разстройство и страдат от панически пристъпи. Алкохолни проблеми и злоупотреба и зависимост към психоактивни вещества са установени при около 10% до 50% от пациентите с рекурентна депресия. Висока коморбидност на депресия се установява и с други соматични заболявания. Резултати от различни проучвания посочват наличие на депресивни разстройства у 22 до 33% от хоспитализираните в соматични отделения пациенти (DiMatteo et al., 2000; Sobel and Markov, 2005; Стоянова и сътр., 2010).

Етиологията на депресията е мултифакториална. Депресивните разстройства се свързват с промени в рецептор-невротрансмитерни взаимоотношения в лимбичната система, в префронталната кора, хипокампа и амигдалата. Серотонин, норадреналин, допамин са невротрансмитерите, които имат отношение към депресията. Приема се, че предразположението към развитието на заболяването се дължи на приноса на множество гени с малък ефект. Най-често болестен фенотип се наблюдава, когато бъдат унаследени критичен брой болестни гени и се съчетаят с подходящи условия на околната среда. Взаимодействието между гените и околната среда може да бъде по два механизма. От една страна хората с генетично предразположение могат да развият заболяване, попадайки в съответната среда. От друга страна гените могат да променят чувствителността на човека към различни фактори на средата (Миланова, 2006).

За възникване и развитие на афективните разстройства съществено значение имат екзогенните, психогенните и социалните фактори, които обикно-



Вено имат неблагоприятно въздействие – хронични стресове, реакция на дезадаптация, житейски кризи, траур, загуба на работа, самотност, тежко финансово състояние и мн. др. Те обаче са само тригери за развитието на афективните разстройства при наличие на генетична предиспозиция. Колкото по-голямо е индивидуалното наследствено предразположение, толкова по-слаби външни въздействия могат да предизвикат неговото появяване.

Независимо от различните резултати, всички са единодушни, че между неблагоприятните житейски събития, загубата, причинена от раздяла или смърт, има особено значение. Въпреки това стресогенните събития по-често предшестват появата на първия епизод, особено при униполярната депресия, отколкото при следващите епизоди. Счита се, че стресът, свързан с първия епизод, причинява дълготрайни промени в биологията на мозъка. Крайният резултат на тези промени е излазането на индивида на по-висок риск от последващи епизоди на депресивните разстройства, дори и външният стимул след това да липсва. Около една трета от пациентите съхраняват значително ниво на резидуални симптоми, като подобна остатъчна симптоматика предизвиква от три до пет пъти по-бърз рецидив (Karp et al., 2004), както и значително увреждане на социалното и трудово функциониране.

Според данни от международно сравнително епидемиологично изследване EPIDUL за България пожизнената болестност за афективните разстройства е 6.2%, 12-месечната – 2.8%, за тревожните разстройства пожизнената болестност е 11.4%, а 12-месечната – 7.6% (Околийски и съпр., 2010).

Суициден риск

Рисковите фактори за реализиране на самоубийство са: възраст над 55 години, предишни суицидни опити, съпътстващи соматични заболявания, социална изолация (разведени, самотни), тежка (психотична депресия, злоупотреба с алкохол и психоактивни вещества, фамилна обремененост със самоубийства), депресия, мъжки пол. Афективните разстройства са сред най-важните рискови фактори за суицидно поведение при погроставащите, а и след това. Установено е, че колкото по-рано е дебютът на афективното разстройство, толкова по-вероятни стават суицидните опити. За клиничното значение на депресивните разстройства при суицидното поведение говори фактът, че при дългосрочни проследявания около 15% от депресивно болните завършват живота си със самоубийство, а 25% от депресивно болните са опитвали да се самоубият в някой период от живота си (Rihmer, 2007). При пациентите с биполярна депресия съществува 15–20 пъти по-голям риск от суицид през целия живот в сравнение с общата популация (Rihmer et al, 2002). Не по-малко от 25 до 50% от болните с биполярно разстройство правят поне един суициден опит през живота си. При мъжете рискът от осъществяване на суицид

е трикратно по-висок, докато неуспешните опити при жените са двукратно повече.

Критериите за разграничаване на депресивен епизод според МКБ 10 (F32) (ICD-10, WHO) са: наличие на симптомите поне 2 седмици; да не са вторични на употреба на алкохол, на медикаменти, на психоактивни вещества; да причиняват значително нарушаване на социалното и трудово функциониране. Основните симптоми са: понижено настроение, загуба на интереси и на способността за изживяване на радост и удоволствие, намаление на енергията и уморемост, нарушения на концентрацията на вниманието, понижена самооценка и себенеувереност, мисли за вина, песимизъм по отношение на бъдещето, мисли и действие за себеувреждане или самоубийство, нарушен сън, апетит, либидо. Към соматичните симптоми се отнасят: липса на емоционална реактивност на външни стимули, денонощни колебания на настроението, ранно сутрешно събуждане, психомоторна забавеност, тревожност, загуба на апетит и тегло, намалено либидо. Според тежестта на изразеност на симптомите депресивният епизод се разделя на лек, умерено изразен и тежък.

Тъй като депресията е най-честото психично заболяване, с което лекарите се срещат, важно е по време на интервюто болните да бъдат питани за деветте характерни симптома на депресията: депресивно настроение, интереси, тегло, сън, двигателна активност, енергия, вина, концентрация, самоубийство. Основното нарушение при депресия е промяна в настроението. Депресивно болният се чувства тъжен, отчаян, нещастен. Въпреки че *депресивното настроение* най-често се изразява като оплакване от чувство на тъга, понякога болният се оплаква от чувство на напрежение, раздразнителност, с лека тъга или *загуба на способността да преживява удоволствие или интереси* към неща, които нормално са го радвали. Депресивният синдром често се придружава от вегетативни симптоми, като намален апетит, безсъние.

Двигателната активност често се нарушава при депресия. Болните се оплакват от субективно преживяване както на забавеност, така и на тревожност, но е необходимо да има обективни доказателства, че този симптом е налице. Болните с *психомоторна забавеност* седят мълчаливо продължително време, движат се бавно, сковано, отговарят след удължено време, кратко. На въпроса как е скоростта на мисловната им дейност, те отговарят, че е бавна. Обратно, болните с *психомоторна ажитация* са неспокойни и нервни. Ажитираните болни могат да се оплакват повече от раздразнителност или напрежение, отколкото от депресия. Болните не могат да стоят на едно място, сядат, стават, движат се напред, назад, стискат ръцете или извършват стереотипни и повтарящи се нервни движения като напр. пипане на коса, игра с предмети. Речта им е бърза.



Депресивно болните се оплакват често от *лесна уморяемост или безсилие*. В общата клинична практика това е едно от най-честите оплаквания на болните от депресия и лекарят трябва да определи дали лесната уморяемост се дължи на депресия. *Понижената самооценка и преживяването за вина* са типични за депресия. Болните с депресия могат да загубят себеувереност и да не ходят на работа, да не се явяват на изпити, да занемарят домашните си ангажименти. Депресивно болните не отговарят на телефонни позвънявания, за да избегнат социални контакти и отговорности.

Чувстват се нещастни, смятайки, че тяхното състояние не може да бъде подобро. Болните с депресия често се преживяват виновни за действителни или измислени грешки, които са правили в миналото. Те виждат ситуацията много по-лоша, отколкото е в действителност. Болните смятат, че ще бъдат наказани много тежко за незначителни грешки, дори, че ще бъдат изпратени в затвора.

Оплаквания от *затруднения в концентрацията на внимание* или мисленето са чести при депресия. Болните смятат, че не могат да се справят със задълженията си, не могат да учат, спират да гледат телевизия, да четат.

Депресивно болните често *мислят за смъртта или за самоубийство* като начин да избягат от страданието или като наказание за „извършени грешки“. Те приемат, че със смъртта си ще облекчат живота на другите.

Освен изброените симптоми, при депресивно болните се срещат и следните симптоми: *денонощни флукутации* в настроението. Много често настроението на депресивно болните е най-потиснато сутрин и се подобрява през деня и е най-добро вечерта. Много по-рядко има обратно колебание, когато депресивно болните се чувстват най-добре сутрин. Други чести симптоми са *загуба на апетит и редукция на теглото* (при намаляване на теглото повече от 5% за месец без спазване на диетата); *безсъние*, което се изразява с ранно сутрешно събуждане (с поне 2 часа по-ранно събуждане в сравнение с обичайното състояние), трудно заспиване, нахъсан сън; *липса на емоционална реактивност* при външни стимули; *сексуалното им влечение* е значително намалено, така че болните нямат интерес към секса и смятат, че са импотентни. Появяват се и други *телесни оплаквания*, като запек, сухота в устата.

Видове депресии

Следродова депресия

Повече от $\frac{3}{4}$ от родилките преживяват кратък период на емоционална лабилност и плачливост, непосредствено след раждането, с продължителност 1–2 дни. Това състояние е известно като „следродилна тъга“. При около 10–15% от родилките се среща изразен депресивен епизод до 6–8 месеца след раждането (Brockington I, 2000). Клиничните симптоми са

подобни на описаните при депресивни епизод, като продължителността им е по-малка, около 4 седмици.

Атипична депресия

Настроението е потиснато, но често е реактивно (болният може да се зарадва, но не до нормалното ниво), хиперсомния (спи повече от 10 часа на денонощие), повишен апетит и наддаване на тегло, денонощни колебания на настроението със сутрешно подобрене, психомоторна забавеност, често се съпътства от тревожност, алкохолна употреба (Pae et al., 2009).

Сезонна депресия

Налице са ясна сезонна повтаряемост на депресивните симптоми, напр. в северното полукуло около декември-януари (зимна депресия). Депресивните симптоми са леки или умерено изразени и най-често се изявяват с понижена самооценка, хиперсомния, уморяемост, повишен апетит, наддаване на тегло, нарушаване на функционирането (Roeklein et al., 2010).

Маскирана депресия

Този термин означава, че целият депресивен синдром не се установява веднага, тъй като болният не съобщава за депресивно настроение, напр. диагнозата се разкрива, когато се проведе задълбочено и системно интервю и се установи наличието на депресивни симптоми, като ограничение на интересите, липса на преживяване за удоволствие, уморяемост и т.н. Маскираната депресия е важна в първичната медицинска помощ. Напр. възрастен мъж отива при общопрактикуващ лекар с много телесни оплаквания, които го безпокоят и с които свързва невъзможността да се концентрира да чете, пълноценно да спи. Отрича да е потиснат или раздразнителен и смята, че ще се чувства по-добре, ако телесните симптоми се премахнат. Тези симптоми са най-често мускулни болки, гастроинтестинални проблеми, главоболие, парещи болки, сърцебиене. Подробният преглед не установява телесни заболявания. Когато маскираната депресия се лекува със съответно лечение, телесните оплаквания изчезват, което потвърждава, че те са вторични на депресивния синдром (Akiskal et al., 1997).

Налудна депресия

Болни с тежка депресия могат да имат *психотични симптоми*, като налудности и халюцинации. Те са съответни (конгруентни) на депресивното настроение, напр. безнадеждна болест е обхванала тялото им и фаталният край е предстоящ. Те могат да смятат, че полицията ги следи и ще ги арестуват за извършени нарушения. Някои болни изпитват страх, че ще обеднеят, няма да могат да се издържат, настояват да не се правят никакви разходи.

Ход на заболяването

Биполарна депресия. Около 10% от болните с депресивни епизоди имат и манични епизоди. Тези



Клиничен случай

Жена на 36 години с първи депресивен епизод, умерена тежест, нелекувана до момента от психиатър.

Фамилно обремененост: Баба по майчина линия с невроза (?) и прадядо, също по майчина линия с реализиран суицид (обесване), нелекувани.

Индивидуално развитие: Родена от втора нормално протекла бременност и раждане. Израснала в семейство с хармонични взаимоотношения. Била е общителна и весело дете, с добра адаптация в училищната възраст. Завършила Международни икономически отношения и в момента работи по специалността си, с много добра професионална реализация. Омъжена с едно дете от брака. Живее в собствено жилище със съпруга си, с който са в много добри отношения, и 6-годишната им дъщеря.

По характер се определя като екстраверт, весела, общителна, обичаща компаниите, в същото време перфекционалист, амбициозна; добра майка и съпруга, с лидерски позиции в семейството.

Минали и придружаващи заболявания: няма.

Развитие на заболяването: началото на заболяването е през пролетта на 2010 г., когато без видим повод ѝ се нарушил съня – трудно заспивала (2 или 3 часа след лягане), често се пробуждала със сърцебиене от кошмарни сънища, сутрин се събуждала около 4 часа, мно-

го по-рано от обичайното време. Страдала от упорито главоболие, което не се повлиявало от стандартните обезболяващи. Пациентката се чувствала отпаднала, лесно се уморявала. На работното място не се концентрирала, била несигурна и неуверена. В дома си се оплаквала от умора, дори и след най-малко усилие, макар че със затруднения успявала да се справи с ежедневните си задължения. Навечер била леко разведрена, главоболието намалявало, а понякога ѝ изчезвало напълно. Постепенно загубила апетита си, като за два месеца отслабнала с 8 килограма. Консултирала се с различни специалисти по повод главоболието, направила множество изследвания, като не обръщала внимание на останалите симптоми, защото ги отдавала на хронична умора или следствие на главоболието. При една от консултациите ѝ с невролог, пациентката била насочена към психиатър. След консултация с психиатър било започнато лечение с антидепресант от групата на селективните инхибитори на серотониновия транспорт. След едномесечно лечение с антидепресанта, пациентката започнала да се чувства по-уверена в себе си, възстановили се концентрацията на вниманието, съня. Главоболието постепенно изчезнало напълно, самочувствието се възвърнало, започнала отново да се справя без усилия с професионалните си и семейните си ангажименти.

болни обикновено имат фамилна история за мания, превключват в лека мания след лечение с антидепресанти (Angst, 2000).

Рекурентна депресия. Проявява се само с депресивни епизоди. В някои случаи заболяването може да започне като рекурентна депресия, по-късно се добавят манични епизоди.

Кратка рекурентна депресия. Повтарящи се депресивни епизоди с кратка продължителност – 2-7 дни, почти ежемесечно, без връзка с менструалния цикъл, с висок суициден риск (Lepine et al., 1995).

Литература

1. Akiskal H, Judda L, Gillina C, Lemmib H. Subthreshold depressions: clinical and polysomnographic validation of dysthymic, residual and masked forms. *J Affective Disord* 1997; 45, 53-61.
2. Angst, 2000 Course and prognosis of mood disorders. In The new Oxford textbook of psychiatry, Gelder MG, Lopez-Ibor JJ and Andreasen NC (eds) 2000, Chapter 4.5.6, Oxford University Press.
3. Brockington I. Obstetric and gynaecological conditions associated with psychiatric disorder. In: The new Oxford textbook of psychiatry, Gelder MG, Lopez-Ibor JJ and Andreasen NC (eds) 2000, Chapter 5.4, Oxford University Press.
4. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;

160(14):2101-2107.

5. Gonzales HM, Vega WA, Williams DR, Tarraf W, West BT, Neighbors HW. Depression care in the United States: too little for too few. *Arch Gen Psych* 2010; 67(1):37-46.
6. Karp J, Buysse D J, Houck P R, Cherry C, Kupfer D, and Frank E. Relationship of Variability in Residual Symptoms With Recurrence of Major Depressive Disorder During Maintenance Treatment. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161:1877-1884.
7. Lepine JP, Pelissolo A, Weiller E, Boyer P, Lecrubier Y. Recurrent brief depression: clinical and epidemiological issues. *Psychopathology* 1995; 28 Suppl 1:86-94.
8. Миланова В. Афективни разстройства: взаимодействие на генетични и психосоциални фактори. *Психосоматна медицина* 2006; 14:137-158.
9. Murray CJ. Rethinking DALYs. In: Murray CJ, Lopez AD, eds. The global burden of disease(1996). Geneva, World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.
10. Околийски М., Зарков З Брошилов А. Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007): Годишна (12 месечна) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства. *Списание за обществено здраве* (пог печат).
11. Pae CU, Tharwani H, Marks DM, Masand PS, Patkar AA. Atypical depression: a comprehensive review. *CNS Drugs* 2009; 23(12):1023-37.
12. Pagura J, Fotti S, Katz LY, Sareen J. Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatr Serv* 2009; 60(7):943-9.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.